

ANNEE 1969

THESE

N^o

113

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Jean-Pierre LICHTENBERG

Né le 9 Juillet 1943 à PAU (Basses-Pyrénées)

Externe des Hôpitaux de Paris

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**SUR LE PRONOSTIC ELOIGNE DE LA MALADIE
DE DUHRING-BROCC.**

*(A propos de 20 cas systématiquement traités par
associations médicamenteuses avec corticothérapie modérée.*

Président : Mr DUPERRAT, Professeur.

ANNEE 1969

THESE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Jean-Pierre LICHTENBERG

Né le 9 Juillet 1943 à PAU (Basses-Pyrénées)

Externe des Hôpitaux de Paris

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**SUR LE PRONOSTIC ELOIGNE DE LA MALADIE
DE DUHRING-BROCC.**

*(A propos de 20 cas systématiquement traités par
associations médicamenteuses avec corticothérapie modérée.*

Président : Mr DUPERRAT, Professeur.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (M^{lle} J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET.

1^{er} ASSESSEUR } Daniel BARGETON

2^e ASSESSEUR } Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
—	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	MM. N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
	SCHERRER (J.)
	KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.)
	ROUCAYROL (J.-Cl.)
	TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique		DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	BAUMANN (J.)
	Cochin	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOYANI (P.)
— — — (Beaujon)		CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)		HUQUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	N...
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	CONTE (M.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque Saint-Antoine
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	MERGER (R.)
— — (Cochin)	VARANGOT (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	OFFRET (G.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	BREGEAT (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	AUBRY (M.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	THIEFFRY (S.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	BROUET (G.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	MICHAUX (L.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÈZE (S. de)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	DECHAUME (M.)
Clinique toxicologique (F. Widal)	ROUX (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	GAULTIER (M.)
— — (Necker)	JUDET (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	ABOULKER (P.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	COUVELAIRE (R.)
— — (Lariboisière)	LAPLANE (R.)
— — (Pitié)	DOMART (A.)
— — (Rothschild)	BOUVRAIN (Y.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	RAMBERT (P.)
	WOLFROMM (R.)
	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
Hydrologie et climatologie	BOUSSER (J.)
Maladies infectieuses	GIBERTON (A.)
	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
Médecine	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHE (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
	KREIS (B.)
Pneumo-Phtisiologie	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM		MM.
Anatomie pathologique . . .	BOUYBOU (Ch.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Physique médicale	{ COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

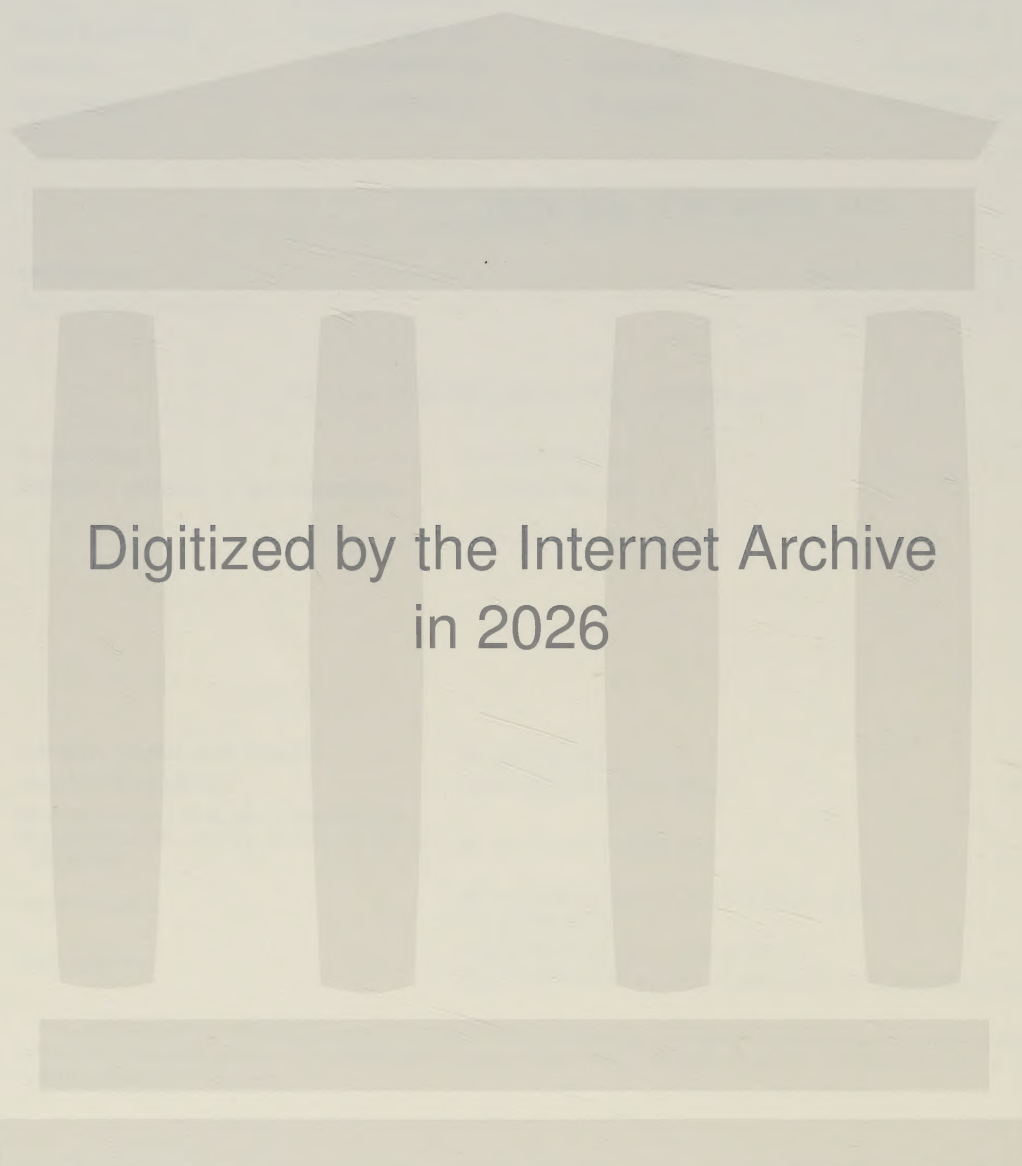
Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique . .	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque .	{ M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	{ Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes parents

Aux miens et à mes amis.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552216_0007

A Monsieur le Professeur Bernard DUPERRAT

Professeur de la Chaire de Clinique Dermatologique
à la Faculté de Médecine de Paris,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

Guide de mes premiers pas en dermatologie
et qui me fait le grand honneur de présider
cette thèse.

A mon Maître le Docteur Marc BOLGERT

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Professeur au Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse
et m'a toujours accueilli avec bienveil-
lance dans son service pour me prodiguer
ses précieux conseils.

Qu'il trouve ici l'expression de ma res-
pectueuse reconnaissance.

A mes Maîtres d'Externat :

Monsieur le Docteur BENDA +

Monsieur le Docteur DUFOURMENTEL

Monsieur le Professeur Agrégé ALBAHARY

Monsieur le Professeur Agrégé MAHOUDEAU

Monsieur le Docteur DE GRACIANSKY

A Monsieur le Docteur Félix FRANCHEL +

Médecin-Assistant des Hôpitaux, trop tôt disparu, qui,
avec tout son dévouement, m'avait fait prendre conscience
des réalités de la médecine.

INTRODUCTION

A la lumière d'un certain nombre d'observations colligés dans le service de notre maître le Docteur BOLGERT, nous nous proposons de rapporter l'évolution lointaine de quelques cas de maladie de Duhring-Brocq traités soit, pour quelques uns sans l'aide des corticoïdes, soit plus fréquemment avec des doses modérées de ces médicaments, associés à d'autres traitements de la maladie.

Après un bref rappel historique, nous exposerons les observations se rapportant aux malades étudiés. Nous préciserons ensuite les diverses thérapeutiques utilisées, puis les résultats obtenus.

Enfin, nous tenterons de tirer les conclusions qui nous semblent pouvoir se dégager de cette étude.

HISTORIQUE

"La maladie de Duhring-Brocq est une affection bulleuse dont l'éruption est habituellement polymorphe et dont les poussées s'accompagnent de phénomènes prurigineux ou douloureux pré-éruptifs".

Ainsi DEGOS définit-il la dermatite polymorphe et douloureuse dénommée par BROCQ qui complétait là, la description de l'américain DUHRING qui avait isolé en 1884 une variété clinique, la dermatite herpétiforme. C'est d'ailleurs encore sous ce vocable de dermatite herpétiforme qu'on décrit la maladie de Duhring-Brocq dans les pays anglo-saxons.

Notons qu'il revient à NODET le mérite d'avoir dans une thèse publiée en 1880 fait le premier la distinction entre le pemphigus vrai et les affections pemphigoïdes, d'évolution moins sévère. Vinrent DUHRING le clarificateur puis BROCQ qui atténuera les différences opposant la maladie au pemphigus en décrivant des formes végétantes et des évolutions mortelles de la maladie de Duhring.

C'est grâce aux travaux de A. CIVATTE qu'ont pu être précisés les caractères histologiques de la bulle de la maladie de Duhring-Brocq, permettant ainsi de différencier maladie de Duhring, pemphigus et érythème polymorphe à forme bulleuse.

Si certaines écoles anglo-saxonnes avec LEVER, restent encore sur les positions d'une théorie uniciste telle que la défendait l'école viennoise avec HEBRA et KAPOSI au siècle dernier avant les travaux de DUHRING, la majorité des dermatologues reste dualiste, distinguant le pemphigus, d'évolution grave, de la maladie de Duhring, d'évolution moins sévère.

Il semblerait pourtant qu'on ait voulu voir ces dernières années l'évolution de la maladie de Duhring-Brocq se modifier; elle est plus fréquente chez les gens âgés, son pronostic est devenu plus sévère.

En 1958, DEGOS écrivait : "On observe des cas de plus en plus nombreux de maladie de Duhring évoluant d'une seule tenue, se poursuivant plusieurs mois sans rémission, avec des poussées subintrantes de bulles, apparaissant chez des sujets âgés et comportant peut être de ce fait un pronostic sérieux".

Cette opinion est également partagée par M. BOLGERT. C'est surtout l'école belge (FASSOTTE) qui avait alors attiré l'attention sur un certain nombre de formes graves, mêmes mortelles de la maladie.

- OBSERVATION N° 1 - POI.... Jeanne

Début de la maladie en 1951, à l'âge de 68 ans, par des placards récidivants érythémateux malléolaires internes gauches pendant 7 ans.

En 1958, à l'âge de 75 ans, placards érythémateux extensifs aux membres inférieurs avec sensations de brûlures.

La malade est hospitalisée en février 1959 devant l'apparition de bulles disséminées. Diagnostic clinique de maladie de Dühring-Brocq sans confirmation histologique.

Les traitements successivement reçus consistent en antibiotiques + Cacodylate de Na I.V. (deux injections) + Cortancyl (10 mg/j).

Un syndrome extra-pyramidal semblant déclenché par le traitement, apparu après une semaine fait arrêter toute thérapeutique et on reprend les médicaments après 3 semaines : Cacodylate I.V. 1 g/j. tous les deux jours ; persistance des lésions érythémato-bullo-croûteuses. On continue 1 g de Cacodylate I.V. un jour sur deux et on ajoute 5 c/j de Dectancyl (2,50 mg) baissé à 4 c/j après 3 semaines, puis 3 c/j après une nouvelle semaine, puis progressivement supprimé. Arrêt du Cacodylate après deux nouvelles semaines.

La malade sort le 23 juin 1959, totalement guérie au point de vue dermatologique.

Au total : la malade a reçu :

- 30 injections de Cacodylate de Na I.V. soit 27 g. au total ;
- 85 mg de Dectancyl répartis sur 6 semaines.

qui ont semblé guérir cette maladie de B-D un peu atypique à son début.

La malade est suivie depuis de façon prolongée. En janvier 1962, elle ne souffre que d'eczéma variqueux des jambes (78 ans) avec prurit et sensations subjectives de brûlures.

Nouveaux contacts avec la malade en janvier 1968. Toujours vivante (84 ans) accusant encore des démangeaisons et brûlures aux pieds sans qu'il y ait de signes objectifs.

- Conclusion : Maladie de Dühring-Brocq stabilisée dès les premières tentatives thérapeutiques par association de Cacodylate de Na et Dectancyl à doses faibles. Guérison durable depuis 9 ans avec léger prurit résiduel dont on peut discuter la nature (prurit post Dühring-Brocq, prurit banal d'origine variqueuse, rôle de l'âge)?

- OBSERVATION N° 2 - PHI..... André

Début en 1953, à l'âge de 22 ans par une poussée érythémateuse diffuse sans bulle durant un mois; on ignore le traitement suivi alors. Hospitalisé dans le service d'avril à juin 1960, pour une éruption bulleuse disséminée qui fait évoquer le diagnostic clinique d'érythème polymorphe, mais que la biopsie rattache à une indiscutable maladie de Duhring-Brocq.

Traitement pendant 3 semaines par Gentisate de Na (176 gr) + Phénergan (25 mg x 60 ampoules).

Amélioration nette suivie d'une poussée. Pendant 3 semaines : Auto-hémothérapie (12 séances) associée à chlorure de calcium I.V. (12 injections). Disparition des bulles et régression des éléments maculeux. Reçoit encore 25 injections I.M. de Bécilan. Sort pratiquement guérie et continue à prendre Bécilan per os (250 mg/jour).

En juillet 1961: éruption de taches érythémateuses sur le thorax et l'abdomen, à contours géographiques; bordés par un liseré saillant. Pas de bulles.

Reçoit des injections d'Hyposulfène. Il apparaît des placards érythémato-vésiculeux axillaires ainsi que quelques taches érythémateuses du bras droit et du décolleté. Traité avec succès par Hyposulfène et Autohémothérapie.

Entre 1960 et 1962, il aurait eu quelques poussées spontanément régressives.

En 1962, tuberculose rénale gauche compliquée de maladie d'Addison. Outre le traitement anti-tuberculeux suivi, le malade reçoit depuis 1962, 20 mg par jour d'hydrocortisone en raison de l'affection surrénalienne.

Il ne présentait plus en avril 1968 que quelques petites macules rouges sur les cuisses et les crêtes cubitales, lésions déjà notées avant la première atteinte cutanée en 1953 (psoriasis ?).

- Conclusion : Succès immédiat de l'autohémothérapie associée au chlorure de calcium. Consolidation par autohémothérapie et Hyposulfène puis petites doses d'hydrocortisone prescrite pour maladie d'Addison.

Stabilisation durable depuis 6 ans.

- OBSERVATION n° 3 - CRO... Auguste

Début de cette maladie de Dühring cliniquement typique remontant à février 1954, à l'âge de 35 ans. Il s'agit d'un Dühring-Brocq herpétiforme dont le diagnostic est fait en avril 1954 lors de l'hospitalisation du malade.

Auparavant deux traitements, l'un avec Emgé-Lumière + Chlorocalcion + pommade à la Pénicilline, l'autre avec pommade à l'Auréomycine n'ont pas amené d'amélioration. Devant la persistance de bulles douloureuses et prurigineuses disséminées sur l'ensemble des téguments, on hospitalise le malade en avril 1954.

Le malade reçoit uniquement des injections I.V. de Chlorure de calcium + autohémothérapie (30 injections de Chlorure de calcium et 30 séances d'autohémothérapie en 3 mois). Les lésions s'effacent progressivement avec persistance des taches érythémateuses. Le malade ne fait plus de bulle au cours du mois suivant pendant lequel il ne reçoit d'ailleurs aucun traitement.

Entre juillet et octobre 1954 quelques petites lésions bulleuses rares et rapidement avortées avec persistance de taches érythémateuses des membres. Reçoit pendant 1 mois : Chlorure de Calcium I.V. un jour sur deux et autohémothérapie un jour sur deux.

En résumé autohémothérapie et chlorure de calcium chez ce malade suivi 6 mois, sont venus à bout des bulles dont le malade reste exempt jusqu'à décembre 1954. Le malade est réhospitalisé en janvier 1955 devant l'extension progressive d'une poussée bulleuse qui fait entreprendre un traitement par A.C.T.H. (3 g en 15 jours). Le malade sort sans aucune bulle le 17 février 1955, puis refait encore quelques bulles dans les jours suivant sa sortie. Pas de traitement toutefois.

Les téguments restent intacts jusqu'en novembre 1955. Poussée bulleuse à cette époque qui fait mettre le malade au Chlorure de calcium per os. Guérison incomplète avec nouvelles bulles entre mai et octobre 1956 puis persistance de petites lésions érythémateuses, pigmentées à l'emplacement des anciennes bulles. Le malade ne reçoit qu'un traitement local antiseptique par eau Dalibour. Il a été vu pour la dernière fois en juin 1957 où on note un psoriasis fruste des coudes; il continue les applications locales d'eau Dalibour.

On reçoit de ses nouvelles le 5 janvier 1968 confirmant la persistance de la guérison et l'absence de bulles depuis plus de 10 ans.

- Conclusion : Rémission correcte après Chlorure de Calcium et Autohémothérapie et récidive l'année suivante ayant régressé avec traitement par A.C.T.H. à doses assez fortes mais de courte durée. Stabilisation durable depuis plus de 10 ans, sans aucun traitement général.

- OBSERVATION n° 4 - BRU.... Maurice.

Le début de la maladie de D - B remonte à 1957, à l'âge de 79 ans. Hospitalisé alors à Rotschild : guérison 3 mois après par hydrocortancyl (doses ?) Nouvelle poussée un an après en 1958, généralisée, traitée encore à Rotschild par Cortancyl (doses ?) sans succès, puis encore sans succès par Nivaquine et Flavoquine.

Hospitalisé dans le service en août 1958.

Traitement par Cacodylate de Na I.V. (8 injections en 3 semaines à raison de 0,10 à 0,60 g par injection). Arrêt car déclenchement d'une diarrhée.

On recommence les corticoïdes : Cortancyl 30 mg par jour baissés après 8 jours à 20 mg/j. puis à 15 et 10 mg, le malade reste à cette dose pendant 15 jours. La peau garde un aspect eczémateux avec prurit important. On ordonne encore toutefois le Cortancyl à 5 mg par jour devant la persistance des lésions.

Sort sur sa demande (mais non guéri) avec 5 mg/j de Cortancyl, mais il est rapidement réhospitalisé à Rotschild fin 1958. Traitement corticoïde local et général qui reste sans effet sur les bulles.

En 1959 : pas de médicament par voie générale, seulement corticothérapie locale qui semble ne pas avoir été poursuivie car le malade est revu début 1962 avec des lésions de type eczéma chronique et prurit localisé. Le malade est revu en novembre 1958; depuis 1962 quelques poussées de lésions discrètement bulleuses avec un peu de prurit.

Actuellement sur bras et jambes, eczéma de type folliculaire + prurit sénile (90 ans).

- Conclusion - Echec de la corticothérapie générale lors des hospitalisations répétées mais persistance d'une forme chronique mineure de Duhring-Brocq sous forme d'eczéma folliculaire depuis 9 ans pratiquement non traité, accompagné de prurit localisé.

- OBSERVATION n° 5 - FEU..., Claude

Maladie de Duhring clinique histologiquement typique dont le début remonte à Janvier 1957 : le malade est alors âgé de 23 ans.

Début du traitement dans le service le 15 mai 1957 par Cacodylate de Na I. M. dont il reçoit de façon assez irrégulière 30 g en 3 mois, signalant l'amélioration de la peau le lendemain des injections (?). Puis reçoit à nouveau 45 g pendant les 15 semaines suivantes à la dose d'1 g, par jour 3 fois par semaine ainsi que 20 séances de 20 cc d'autohémothérapie. Il persiste alors des taches roses circonscrites, respectant les membres inférieurs, mais pas de bulle.

Le malade est toutefois mis au Cortancyl en décembre 1957. Début à 15 mg par jour, à 12 mg/j puis à 10 mg au bout de 8 jours. On administre successivement 10 mg/j pendant 6 semaines, puis 7,5 mg pendant 1 semaine, enfin 5 mg par jour pendant 2 semaines, 4 mg/j 2 semaines et 3 mg/j pendant 3 semaines.

Ce traitement a été complété par Vitamine B et autohémothérapie. On diminue encore progressivement la corticothérapie puis on arrête pendant 15 jours. Mais poussée de la maladie faisant reprendre 10 mg par jour de Cortancyl que l'on diminue rapidement à 8 mg. Nouvelle poussée. Traitement : Cortancyl 15 mg que le malade diminue et arrête spontanément au bout de 2 mois. Survenue d'une nouvelle poussée.

On prescrit du Sulfirène (0,50 à 1 g par jour) pendant 6 semaines puis 3 mg par jour de Cortancyl devant la persistance de taches érythémateuses du tronc. Après un an de traitement, le malade est toujours dans le même état clinique.

On prescrit : Sulfirène 0,50 g par jour + Auréomycine 0,50 g. par jour plus Cortancyl 2 mg/j. Les lésions se nettoient en deux semaines. La malade est alors perdue de vue pendant 3 ans au cours desquels il ne fait aucun traitement faisant de petites poussées toutes les 6 semaines à 2 mois.

Revu en 1960 avec quelques bulles du front du visage et des bras. Traité par 15 séances d'autohémothérapie.

Nouvelles du malade en février 1968 : peau normale mais petites poussées semble-t-il l'hiver, avec taches rouges des bras, disparaissant spontanément en un ou deux jours. Ne prend pas de médicaments.

- Conclusion : Maladie de D.-B suivie depuis 11 ans avec poussées discrètes, jamais vraiment contrôlée mais d'évolution torpide. La corticothérapie, à dose modérée (15 mg maximum au long cours) n'a pas empêché la survenue de poussées assez fréquentes quoique minimes.

- OBSERVATION n° 6 - BIN... Marie

Début en 1958 d'une maladie D.-B clinique avec confirmation histologique à l'âge de 77 ans.

Traitement sans hospitalisation par Cacodylate de Na et autohémothérapie qui amènent une amélioration notable. Mais poussées nouvelles en 1959, améliorées mais sans guérison vraie.

Nouvelles poussées en mai 1960 justifiant une hospitalisation de 2 mois 1/2 dans le service. Reçoit Cacodylate I. M., un jour sur 2, puis un jour sur 3 (20 g au total), et Cortancyl les 8 premiers jours avec une dose d'attaque de 20 mg par jour. Ce traitement amène une régression considérable des lésions mais laisse persister des sensations subjectives de brûlures assez importantes.

La malade sort avec un traitement par Cacodylate, mais nouvelle poussée bulleuse généralisée 6 semaines après la sortie.

Deuxième hospitalisation pendant 5 mois 1/2 au cours desquels elle reçoit successivement : Sultirène 10 g au total + 20 injections de Cacodylate sans succès. Nouvelle cure avec Sultirène et Cacodylate I. M. avec petite amélioration suivie de 14 injections I. M. d'Adényl. Poursuite de l'amélioration puis nouvelle poussée faisant réintroduire les corticoïdes : Triamcinolone 4 mg par jour puis montée à 6 et à 8 mg n'empêchant pas la persistance de la poussée bulleuse (112 mg au total). On reprend le Cacodylate 3 injections par semaine associé à une nouvelle cure de Triamcinolone (60 mg au total). Pas d'effet.

La malade est mise à 10 mg par jour puis 20 mg de Cortancyl qui jugule la poussée mais la baisse au dessous de 16 mg par jour, fait reparaitre les bulles. Après une dose totale de 791 mg, la malade sort conservant des lésions de type eczéma et continue à prendre 15 à 17 mg par jour de Cortancyl puis 12 et enfin 8 mg par jour pendant 9 mois au total. Sans grand changement et en tout cas sans guérison totale vraie.

La malade continue à être traitée par petites doses de corticoïdes, pas de poussée importante. On apprend le décès de la malade en 1964 à l'âge de 83 ans (fracture du col du fémur).

- Conclusion : Maladie de Dühring ayant présenté au cours de son évolution de nombreuses poussées malgré l'association de corticoïdes, du Sultirène et du Cacodylate de Na, assez mal contrôlée par de petites doses de corticoïdes pourvies après l'hospitalisation.

- OBSERVATION n° 7 -

COT..... Georges.

Début en 1958 à l'âge de 81 ans. Diagnostic clinique et histologique de maladie de D.-B lors de l'hospitalisation dans le Service le 4 novembre 1958.

Mis au Cacodylate de Na I. M. un jour sur 2 (12,25 g en 13 injections) et rapidement à 15 mg/j de Cortancyl qu'on diminue à partir du 10ème jour pour atteindre 10 mg après 3 semaines de corticothérapie.

Le malade sort le 2 décembre avec seulement quelques placards érythémateux des membres inférieurs, un peu prurigineux.

N'a pas suivi de traitement après sa sortie malgré les prescriptions de Cacodylate.

Revu en janvier 1959, encore porteur d'un érythème desquamatif des membres inférieurs, nouvelle prescription de Cacodylate I. M. dont il reçoit entre janvier et juin 1959 : 56 g en 56 injections.

En juin 1959, macules pigmentées des cuisses et eczéma discret des jambes. On arrête tout traitement général.

Le malade donne de ses nouvelles en décembre 1961 (3 ans après l'hospitalisation) : pas de lésion cutanée mais simple prurit calmé par Mytosil

Nous avons appris son décès le 6.3.62 à 83 ans.

- Conclusion : Traitement par Cacodylate de Na + Cortancyl à petites doses pendant un mois; cure unique avec dose de 15 mg maximum, pas de récurrence; stabilisation avec léger prurit résiduel sans lésions.

- OBSERVATION n° 8 - PAN.... Fernande

Début à l'âge de 12 ans en 1958. Hospitalisée en juillet 1958 pour une maladie de D - B cliniquement et histologiquement typique.

Au cours de l'hospitalisation on prescrit alors : Gentisate de soude et Phénergan pendant 4 jours, qui amènent un dessèchement des bulles mais une persistance des poussées.

Puis pendant 13 jours : 4 g/jour de Dagénan, mal supporté et qui laisse persister de petites poussées de bulles. L'aurocomycine à la dose d'1,50 g/j n'amène pas d'amélioration. On y ajoute du Cortancyl à la dose modérée de 15 mg/j poursuivi 24 jours. Nette amélioration. On diminue le Cortancyl à 8 mg/j pendant une semaine. Il ne reste alors que quelques taches pigmentées résiduelles.

Le Cortancyl est alors poursuivi à très faibles doses :

- 5 mg /jour pendant 1 semaine,
- 4 mg / jour pendant 2 semaines,
- 3 mg / jour pendant 4 jours
- 2 mg / jour pendant 4 jours
- et enfin : - 1 mg / jour pendant 15 jours avant interruption totale et définitive des corticoïdes.

A la fin de ce traitement, la malade a pris une dizaine de kilos mais ne présente plus de lésion cutanée.

Au 1er mars 1968, la malade a donné de ses nouvelles : guérison définitive après 10 ans.

Conclusion : traitement comportant divers médicaments et corticoïdes à doses faibles et peu prolongées menant à une guérison durant depuis 10 ans.

- OBSERVATION n° 9 - MOR.... Henri

Maladie de Duhring Brocq clinique, vérifiée histologiquement chez un malade de 83 ans, hospitalisé pour éruption bulleuse ayant débuté en juillet 1959, traitée par Hydrocortisone, Décadron, Terramycine, Tétracycline, Nystatine et Flavoquine, sans résultat.

Le malade est mis au cours de son hospitalisation au Sultirène 1 g/j poursuivi seul pendant 10 jours. Pas d'effet sur la poussée bulleuse. On ajoute Autohémothérapie (1 séance un jour sur deux) puis Cortancyl 15 mg/jour qui amène la disparition des bulles avec persistance de taches érythémateuses à l'emplacement des anciennes bulles. Le Cortancyl est d'ailleurs diminué de façon rapidement dégressive et le malade ne reçoit plus que 5 mg/j au 26 septembre 1959.

Il ne présente plus alors que quelques taches résiduelles typiques.

Les 3 semaines suivantes : 4 mg/j de Cortancyl. Toujours aucune bulle. On reprend 1 g/j de Sultirène avec 4 mg/j de Cortancyl pendant 15 jours. Les lésions sont en voie d'effacement : Cortancyl 2 mg/j pendant 15 jours, puis passage à 1 mg le mois suivant tandis que le Sultirène est toujours prescrit à la dose de 1 c/j.

En décembre 1959, quelques lésions érythémateuses un peu polymorphes des membres inférieurs. Le malade reçoit alors Bécilan + Cortancyl 1 mg/j : pas de changement jusqu'en février. Le malade est remis à 3 mg de Cortancyl devant l'apparition de lésions eczémateuses des membres inférieurs. Pas de changement. On passe à 5 mg associé à Bécilan 500 mg/j pendant un mois, puis diminution du Cortancyl à 4 mg. L'état cutané est correct. On poursuit avec Bécilan 2 c/j et Cortancyl 1 mg.

On arrête les corticoïdes en septembre 1960 en laissant 2 c de Bécilan moyennant quoi les téguments restent intacts.

Revu en novembre 1960. Bon état sauf encore quelques minuscules vésicules des jambes de type eczématique.

Traitement : Bécilan poursuivi encore 6 mois et laissant about de cette période encore de légères lésions chroniques eczématiformes de la face antérieure des jambes.

- Conclusion : Maladie de Duhring-Brocq équilibrée par le Sultirène et Cortancyl poursuivi longtemps à faibles doses (dose d'entretien entre 1 à 5 mg, dose maximale à 15 mg/j) associés au Bécilan qui semblent avoir entraîné une guérison définitive jusqu'au décès, de cause inconnue, en 1965 à l'âge de 89 ans.

- OBSERVATION n° 10 - JAU... Régis

Début en 1959 à l'âge de 62 ans de cette maladie de Duhring-Brocq, traitée à l'hôpital Franco-Musulman avec succès (traitement inconnu).

Hospitalisation dans le service en mars 1960 pour poussée de maladie de Duhring-Brocq clinique, confirmée histologiquement. On commence un traitement avec Sultirène 1 g/j et autohémothérapie 1 jour sur 2. On arrête rapidement le Sultirène et on institue une corticothérapie avec 40 mg/j puis 50 mg/j de Cortancyl. Au 12^e jour on maintient 35 mg de Cortancyl et on arrête l'autohémothérapie. Survenue d'une poussée très importante. On continue le Cortancyl en remontant jusqu'à 50 mg/j puis en redescendant graduellement sans aller au-dessous de 20 mg/j et on associe 250 mg/j de Bécilan et Auréomycine 1,50 g/j

Les lésions s'effacent peu à peu, mais quelques bulles surviennent néanmoins de temps à autre.

Le malade sort fin juillet après 5 mois d'hospitalisation recevant toujours 20 mg/j de Cortancyl et 1,50 g d'auréomycine, indemne de toute bulle depuis 15 jours.

Pendant les trois mois suivants, il prend alors de l'auréomycine 1 g/j et Cortancyl à des doses progressivement décroissantes. On fait également 13 séances d'autohémothérapie à la fin de cette période. Il ne persiste alors qu'une dermite érythémato-squameuse des jambes.

Au cours des trois mois suivants, on continue à diminuer le Cortancyl; à 10 mg/j on ajoute 0,50 g/j de Sultirène et on poursuit ce traitement 1 mois. Il reste encore quelques bulles en plus des placards érythémato-squameux cicatriciels.

On continue le Cortancyl (10 mg) + autohémothérapie. Les diverses associations Sultirène, Cortancyl, Autohémothérapie sont poursuivies avec succès divers sans guérison vraie jusqu'en juillet 1961

On remplace alors le Cortancyl par des doses modérées de Triamcinolone (10 mg au début, baissés jusqu'à 1 mg/j) poursuivies jusqu'en mars 1962 mais sans encore persister de petites lésions cutanées. On reprend le cortancyl mais la persistance désespérante de placards fait arrêter tout traitement général en juin 1962 pendant 15 jours.

Poussée en juillet : on reprend Cortancyl 1 mg et Sultirène 0,50 g. Le malade semble se stabiliser avec une dose de 3 mg de Cortancyl. Il est alors perdu de vue et en février 68, on apprend qu'il est resté guéri depuis, au point de vue cutané, soit 9 ans après le début.

Conclusion : Echec des association comprenant Sultirène, Autohémothérapie, Auréomycine, Cortancyl (dose d'attaque à 50 mg). Mais stabilisation après deux ans de tâtonnements, par doses minimales de Cortancyl (3mg/j). Guérison depuis 6 ans.

- OBSERVATION n° 11 -

CHE.... Alice

Début à l'âge de 82 ans en 1959 d'une maladie de Duhring-Brocq, d'apparition assez brutale confirmée par l'histologie.

Cette malade est traitée en ville par Cortancyl 10 jours avant l'hospitalisation. Dose inconnue. Reçoit dès son entrée 20 mg/j de cortancyl + 1 g de Sultirène et 2 g/j de tétracycline.

La malade recevra également pendant le mois de son hospitalisation 3 séances d'autochémothérapie.

La dermatose s'améliore malgré la persistance de quelques bulles, mais l'état général s'altère et la malade meurt rapidement après un coma de 48 heures.

La vérification faite montre la présence curieuse d'une bulle à la surface du foie, à siège sous glissonnien.

- Conclusion : 580 mg de Cortancyl et 28 g de Sultirène en un mois.

Amélioration de la maladie, déjà sous corticoïde au moment de l'hospitalisation. Mais décès avec atteinte viscérale (bulle hépatique).

Interprétation difficile de ce cas et vérification ici de la gravité clinique de la maladie de Duhring-Brocq chez le vieillard.

- OBSERVATION n° 12 - DEL... Isaac.

Maladie de Duhring-Brocq clinique et histologiquement contrôlée dont le début a lieu à 39 ans, pendant une hospitalisation pour lithiase rénale. (déclenchement par iode présente dans le produit de contraste pour U.I.V.).

Entre dans le service en mars 1959 pour éruption généralisée de macules prurigineuses avec bulles.

Traitement initial de 15 jours avec Sultirène (25 g au total) et Cacodylate de Na I.V. 5,50 g en 7 injections; aucun résultat.

On institue alors une corticothérapie à faibles doses sans jamais dépasser 30 mg/j poursuivie pendant 2 mois 1/2 (dose totale de Cortancyl 1 g 225) avec chlorure de calcium I.V. 9,50 g un jour sur 2 et Cacodylate de Na 1 g I.V. un jour sur deux. L'amélioration nulle au début survient en fin de traitement et début mai 59. Il ne persiste que quelques lésions cicatricielles et quelques éléments crouteux. Les corticoïdes sont progressivement diminués mais le malade fait une nouvelle poussée fin mai, alors qu'il était à 6 mg/j de cortancyl.

On remonte à 10 mg/j tandis qu'on poursuit toujours le Cacodylate I.V. 1 g tous les 2 jours, jamais interrompu depuis l'hospitalisation du malade (dose totale 44 g).

Pas de nouvelles bulles.

Le malade sort le 14 juin 1959 avec un traitement par Cortancyl poursuivi pendant 18 jours : total de 166 mg de Cortancyl avec poussées peu importantes. Puis, pendant 15 jours : Cortancyl 180 mg au total : lésions érythémateuses pseudo-urticariennes et kystes épidermiques.

Pendant 35 jours : Cortancyl 10 mg/j, et Sultirène 1 g/j ainsi qu'auto-hémothérapie 10 injections.

Pendant 1 mois arrêt du Sultirène. Il persiste de petites lésions crouteuses et pigmentées.

Pendant 2 mois 1/2 : Cortancyl 10 mg/j et Sultirène 2 c/j

Les lésions crouteuses s'atténuent.

Pendant 15 jours : Cortancyl 7 mg/j, Sultirène 1 c/j, 500 mg de Bécilan Amélioration de la dermatose. On diminue le Bécilan à 250 mg/j avec Cortancyl 10 mg/j et Sultirène 1 c/j encore 1 mois : la cicatrisation des lésions est effective et permet l'arrêt de tout traitement pendant 3 mois 1/2 au terme desquels survient une petite poussée bulleuse traitée par Cortancyl 10 mg/j pendant 1 mois.

Survenue d'une poussée d'éléments type prurigo. Puis pendant 15 jours Cortancyl 10 mg/j et Sultirène 1g/j, laissant persister des placards papulo-croûteux du dos et des épaules. On continue le Cortancyl qu'on augmente à 15 mg/j plus Adényl 50 mg 3 fois par semaine. Pas de changement. Après 3 semaines de traitement on revient au Cortancyl 10 mg/j et Sultirène 1g/j tandis que les lésions prennent le type d'eczéma vésiculeux chronique.

Ce traitement est poursuivi un mois. Le malade reprend ensuite sans consulter deux ou trois fois 1 mg/j de Cortancyl pendant 2 ou 3 jours, lorsqu'il ressent des brûlures.

En octobre 1962, le malade donne de ses nouvelles : ne prend plus rien depuis février 1961, car il est pratiquement guéri au point de vue cutané.

- Conclusion : Malade traité par associations médicamenteuses diverses et corticothérapie à des doses modérées (jamais supérieure à 30 mg/j de Cortancyl), finalement guéri, dont la stabilisation a demandé de longs mois, et qui reste guéri un an après arrêt de tout traitement.

Pas de nouvelles du malade en 1969.

- OBSERVATION n° 13 -

DEG..... Geneviève

Début à l'âge de 60 ans, deux mois avant l'hospitalisation dans le service de cette dermatose bulleuse étendue.

Duhring-Brocq clinique vérifié histologiquement. Hospitalisé du 23 juillet au 1er Octobre 1960.

Traitée par Bécilan I. M. un jour sur deux, et Sultirène 2 c/j puis 1 c la dernière semaine.

Assèchement progressif des bulles et disparition de celles-ci avec persistance à la sortie de taches pigmentées cicatricielles disséminées.

Décès en 1963 (sans nouvelle poussée de la maladie de Duhring-Brocq) des suites d'une cirrhose alcoolique.

- Conclusion : Guérison dès la première poussée par Sultirène et Vitamine B 6 maintenue pendant 3 ans.

- OBSERVATION n° 14 -

PAN,.... Louis.

Début en juin 1960 à 65 ans par prurit des membres inférieurs suivi d'une éruption bulleuse siégeant aux membres supérieurs et inférieurs.

Traitement local sans effet.

Le malade est hospitalisé en août 1960. La maladie de Duhring-Brocq est affirmée cliniquement et confirmée histologiquement.

Traitement : Sultirène 2 c/j (20,50 g au total), autohémothérapie : 15 injections.

Amélioration mais persistance de quelques bulles des membres inférieurs.

Le malade sort après 6 semaines d'hospitalisation, présentant encore sur les membres inférieurs quelques lésions cicatricielles.

Traitement poursuivi : Sultirène 2 c/j (9 g). L'amélioration se poursuit pendant 15 jours. Une nouvelle poussée bulleuse modérée survient sur les jambes.

Traitement Sultirène 2 c puis Triamcinolone 1 c à 4 mg.

Le malade garde quelques bulles sur les jambes et à la face externe des cuisses avec poussées bulleuses environ 2 fois par semaine.

On poursuit : Sultirène 2 c/j puis 1 c/j et Triamcinolone 1 c à 4 mg/j

Le traitement est poursuivi pendant 4 mois, au terme desquels on arrête sulfamides et corticothérapie pour les remplacer par une cure de Chlorure de calcium I.V. Le malade aura reçu 4 mg/j de Triamcinolone pendant 4 mois.

Les dernières nouvelles du malade datent de janvier 1968; ce dernier est resté guéri de toute lésion jusqu'à ce jour.

- Conclusion : Guérison obtenue par Sultirène et Corticothérapie à minima (4 mg/j de Triamcinolone pendant 4 mois). Maintenu depuis presque 8 ans.

- OBSERVATION n° 15 -

NUF... Rosa.

Début en 1960 à l'âge de 69 ans d'une maladie de Duhring-Brocq histologiquement un peu atypique. Malade hospitalisée 5 semaines au cours desquelles elle reçoit des injections I.V. de Cacodylate de Na 1 jour sur 2, puis I.M. avec un total de 12,25 g. ainsi que 9 séances d'autohémothérapie et Tétracycline 21 g.

L'amélioration est nette et à la fin du traitement il ne reste que des lésions érythémateuses avec quelques zones résiduelles squamo-croûteuses.

A la sortie, la malade reçoit encore 1 g de Cacodylate de Na 3 fois par semaine et on ajoute 3 c par jour de Bécilan. Au bout d'un mois, arrêt du Cacodylate dont elle a reçu 12 g et diminution du Bécilan à 2 c/j. Il persiste alors quelques cicatrices pigmentées.

On passe à 1 c de Bécilan quotidien (250 mg) qu'on continue pendant 3 mois.

La malade arrête tout traitement en avril 1960 n'ayant plus aucune bulle depuis sa sortie du service le 19.2.60

Revue en octobre 1962, pas de lésion mais persistance d'un prurit du dos et des avant bras.

Depuis la malade est restée guérie au point de vue cutané.

On apprend le décès en avril 1968, à l'âge de 77 ans.

- Conclusion : Malade guérie après traitement par Cacodylate de Na, autohémothérapie, et Bécilan, d'une poussée de Duhring-Brocq, sans récurrence après 8 ans.

- OBSERVATION n° 16 -

HAR.,... Aïcha

Hospitalisée en mars 1960, pour une éruption érythémato-vésiculeuse très prurigineuse ayant débuté au 6e mois d'une grossesse au niveau de l'ombilic. L'éruption s'étend symétriquement aux membres et sur le dos.

Deux biopsies successives sont faites. La seconde conclut à un Duhring-Brocq (herpès gestationis).

Traitement de 15 jours : 6 injections d'autohémothérapie + 6 injections d'hyposulfite de Na, sans résultat.

Puis pendant un mois : Bécilan 28 injections I. M. + 11 injections d'hypo-
sulfite de Na I. V. + 3 injections I. M. d'histaglobine.

Amélioration notable jusqu'à l'accouchement qui a lieu le 1er juin 1960. Dans les jours qui suivent : poussée discrète sur les fesses, bras, jambes, guérissant spontanément. Un an plus tard, en avril 1961, au 6e mois d'une nouvelle grossesse, elle présente une éruption identique érythémato-vésiculeuse, très prurigineuse de nouveau à début ombilical, s'étendant symétriquement à tout le corps sous forme de taches érythémateuses bordées par une couronne de vésicules. on prescrit pendant 2 mois : autohémothérapie : 18 injections, Hyposulfite de Na : 20 injections, Théralège : 82 comprimés.

L'amélioration est continue, mais lente jusqu'à l'accouchement au moment duquel la malade présente quelques croûtelles sur les jambes. Quelques bulles surviennent quelques jours après l'accouchement, puis guérison spontanée.

6 mois après l'accouchement la malade va bien et n'a plus de lésion.

- Conclusion : Herpès gestationis d'évolution favorable, récidivant lors de deux grossesses, sans traitement corticoïdes mais : Bécilan, autohémothérapie, hyposulfite de Na.

- OBSERVATION n° 17 - ROO..... Alexandre

Début en 1960 par une dermatose érythémateuse du cou et de la partie supérieure du thorax avec un prurit léger, alors qu'il était âgé de 62 ans.

Première bulle après un an d'évolution sans traitement spécial, bulle qui siège au cou avec d'autres éléments érythémato-papuleux évoquant un prurigo.

Biopsie d'une bulle : évocatrice de porphyrie, mais aucun signe biologique de porphyrie.

Extension aux membres supérieurs et aux poignets.

Traitement : Gentisate de Na, Hyposulfène, autohémothérapie.

Devant l'extension des lésions érythémateuses, excoriées du cou, l'apparition de lésions érythémato-bulleuses dès avant-bras, des membres inférieurs très prurigineuses, on hospitalise le malade en mars 1961.

Traitement : Chlorure de calcium I.V. à 5 %, 10 injections, autohémothérapie : 14 séances, Tétracycline : 2 g/j pendant 20 jours.

On retient le diagnostic de maladie de Duhring-Brocq devant l'apparition de bulles, précédées de prurit et de dysesthésies.

Le malade est rapidement amélioré. Les bulles disparaissent mais il persiste une pigmentation résiduelle sous forme de macules à contour géographique avec légère saillie périphérique.

Malade sorti après un mois 1/2 d'hospitalisation avec autohémothérapie et chlorure de Ca tous les jours en injections I.V.

Malade revu en octobre 1962 : persistance de quelques lésions érythémateuses sur le tronc et le bras avec parfois survenue d'une bulle isolée qui disparaît après friction avec un crayon de menthol.

Avril 1968 : va toujours bien ; de temps en temps ; démangeaisons du visage et des mollets, cédant avec le crayon de menthol : n'a plus fait de bulle depuis 6 ans.

- Conclusion : malade stabilisé de façon durable (7 ans après traitement par Chlorure de Ca associé avec autohémothérapie et 40 g de Tétracycline.

- OBSERVATION n° 18 - EST.... Josette

Début en décembre 1961, à l'âge de 26 ans au 7e mois d'une grossesse par prurit ombilical suivi de lésions érythémato-papulo-vésiculeuses traitées en ville par : Eosine, Calcibronat I.V. et Phénergan. Pas de résultat, au contraire extension rapide et apparition de bulles.

La clinique évoque une maladie de Dühring-Brocq (herpès gestationis) confirmée par la biopsie.

Hospitalisation le 19.12 où l'on commence : Phénergan 3 c/j et Gentisate de Na 4 g/j pendant 3 semaines.

Les éléments cicatrisent mais de nouvelles bulles apparaissent faisant prescrire le même traitement pendant 12 jours : Gentisate de Na 4 g/j et Phénergan 3 c/j.

Amélioration à l'approche du terme qui a lieu le 2 février : accouchement normal.

Nouvelle poussée généralisée au moment de la montée laiteuse. Mise à 30 mg/j de Cortancyl qui amène une rapide amélioration. La malade cesse brusquement le Cortancyl au bout de 8 jours et présente 48 heures après une nouvelle poussée.

Mise à 1,5 mg/j de Décadron pendant 5 jours, puis on baisse à 1 mg/j (2 c) pendant 15 jours au bout desquels les lésions ont pris un aspect cicatriciel classique. La malade prend encore 1 c/j (0,50 mg de Décadron) et essaie d'arrêter : réapparition des lésions bulleuses des jambes qui forcent à reprendre 0,50 mg/j de Décadron pendant quelques jours.

Le 11 mars on arrête Décadron et on prescrit 10 séances d'autohémothérapie qui améliore la malade en 3 semaines. On consolide le traitement par Emgé Lumière en injections I.M. (doses ?)

En mai 1962, la malade signale par la suite des éruptions régulières surtout au moment des règles, dont la plus importante correspond à l'arrêt de son traitement.

On prescrit Cacodylate de Na I.V. 0,50 g. (15 injections).

Un an après (mai 1963) nouvelle grossesse. Rien au point de vue cutané ; toutefois la grossesse a été interrompue volontairement au 2e mois.

Dernières nouvelles de la malade en avril 1968 : pas de nouvelles lésions de type Dühring-Brocq.

- Conclusion : Herpès gestationis avec notable poussée après accouchement ayant régressée avec traitement corticoïde à minima non totalement effacée. L'autohémothérapie et le Cacodylate ont déterminé une guérison totale maintenue depuis

- OBSERVATION n° 19 - DUV.... Jeanne

Début en 1963 à l'âge de 59 ans d'une affection bulleuse : traitée en ambulatoire par 16 g de Sultirène en 15 jours. Aucune amélioration. Hospitalisation de la malade avec diagnostic de maladie de Duhring-Brocq typique cliniquement et histologiquement.

La malade est hospitalisée 6 semaines. Elle est traitée par 40 mg de Disulone par jour augmentés progressivement à 80, 120, 160 puis 200 mg pendant 3 semaines, qu'on rabaisse à 150 mg 3 jours avant sa sortie (dose totale : 6,77 g).

Après un mois de Disulone la malade ne garde plus que des taches cicatricielles des lésions.

Sort avec une ordonnance de 40 mg/j de Disulone pendant 1 mois. Encore quelques nouvelles micro-bulles. Nouvelle cure de Disulone 30 mg/j pendant 1 mois. Petite récurrence cependant. Arrêt de la Disulone et mise à 0,50 g/j de Sultirène et 0,50 g de Cacodylate de Na.

Nouvelle poussée malgré ce traitement entraînant une 2^e hospitalisation en avril 1964. Rechute de l'affection avec bulles généralisées.

Traitement par Cacodylate de Na I. M. un jour sur deux + Sultirène 0,50 g/j. On arrête le Cacodylate après une dose totale de 41,50 g tandis qu'on poursuit le Sultirène à la dose de 0,50 g/j jusqu'à la sortie du service où la malade sera restée deux mois 1/2.

Sort guérie du service avec 0,50 g/j de Sultirène + Méthionine Lobamine 5 c/j.

Mais nouvelles petites lésions évolutives un peu infectées.

On continue Sultirène, Méthionine auxquels on associe le Cacodylate de Na 0,50 g/j.

Etat stationnaire avec le même traitement poursuivi encore un mois Cacodylate 1 g deux fois par semaine.

Lettre du 2 décembre 1968 : va bien. Guérison maintenue.

- Conclusion : Maladie de Duhring-Brocq hospitalisée à deux reprises et traitée sans corticoïdes avec Disulone puis par association Sultirène, Cacodylate avec amélioration notable. Guérison durable depuis plus de 4 ans.

- OBSERVATION n° 20 - REG.... Marie

Début en décembre 1953 à l'âge de 64 ans, par des lésions érythémato-bulleuses de l'abdomen, traitées momentanément avec succès par l'application d'alcool iodé.

Nouvelle poussée bulleuse disséminée entraînant l'hospitalisation de février à juin 1954. Il s'agit d'une maladie de Duhring-Brocq vérifiée histologiquement.

Reçoit pendant 5 jours : Auréomycine 1 g/j et Quinacrine (1,20 g.au total).

Nouvelle poussée généralisée de bulles avec surinfection.

Reçoit alors pendant 15 jours : antibiotiques : Chlorure de Calcium 7 injections I.V. et autohémothérapie 7 séances.

La poussée s'étend encore avec aggravation de l'état général. Pendant 8 jours : Auréomycine 11,50 g avec Chlorure de calcium et autohémothérapie. Amélioration de la dermatose. Les 20 jours suivants, on fait autohémothérapie et Chlorure de calcium (12 injections). Poursuite de l'amélioration avec petites poussées seulement et troubles de la sphère urinaire. Arrêt pendant un mois de la thérapeutique à visée cutanée. Nouvelle poussée après cette période, on prescrit Bevitine 100 mg/j pendant 8 jours, sans effet.

Puis pendant 28 jours on donne A.C.T.H. en montant jusqu'à 100 mg/j avec une dose totale de 250 mg et Bévitine 100 mg/j. Disparition des bulles avec persistance de placards érythémateux disséminés. On prescrit alors Cortisone jusqu'à 75 mg/j au total 9 jours. Persistance de placards érythémateux type eczéma.

La malade sort recevant pendant 3 semaines 10 mg/j de cortisone. Disparition des placards. Bon état cutané et général. Arrêt de tout traitement.

En février 1955, 8 mois après la sortie, nouvelle poussée érythémato-bulleuse.

Hospitalisée 3 mois (mars à mai 1955) pendant 5 semaines on prescrit A.C.T.H. jusqu'à 125 mg/j (au total 4350 mg) ainsi que cortisone, dont on donne 875 mg en 25 jours.

Disparition des bulles avec persistance de cicatrices pigmentées et squameuses.

Le 19.5.55 la malade sort du service et va bien pendant 6 semaines sans traitement.

Nouvelle poussée début juillet 1955, réhospitalisation de juillet à octobre (4 mois). Elle reçoit au total pendant 1 mois A.C.T.H. 1,800 g (dose maximale 100 mg/j). Amélioration suivie d'une nouvelle poussée.

Pendant 1 mois prescription d'hydrocortisone 1,210 g (avec dose maximale 50 mg/j) qui amène une surinfection des lésions; nouvelles bulles puis passage à un état cutané squameux et crouteux.

Pendant 3 semaines : Hydrocortisone (1,130 g) et autohémothérapie : 9 séances.

La malade sort le 2 octobre 1955 avec lésions cicatricielles pigmentées et continue à prendre hydrocortisone 10 mg/j pendant 1 mois.

Rien à signaler jusqu'à mai 1959. On note alors une rechute avec petite poussée : 20 injections I. M. de 0,50 g de Cacodylate de Na : régression et guérison apparente.

En mai 1960 : quelques bulles sur les membres. Traitement Bécilan I. M. pendant un mois amenant la dessiccation des bulles et le retour lent à une peau presque normale.

Poursuite du Bécilan pendant 4 mois, puis arrêt de tout traitement.

En août 1961 : poussée érythémato-vésiculeuses disséminée, traitée par Cortancyl pendant 8 jours : 20 mg/j puis 15 mg/J. Pas d'amélioration.

4^e hospitalisation du 30.8 au 5.9.61 : 7 jours. Cortancyl 180 mg au total + antibiotiques. Amélioration et sortie avec Cortancyl à doses dégressives.

En novembre 61 : nouvelle poussée bulleuse. 5^e hospitalisation : séjour un mois, pendant lequel elle reçoit Sulfarsénol I. M. (2 g en 8 injections) sans succès, puis Triamcinolone (112 mg en 15 jours) qui amène une amélioration spectaculaire avec seulement persistance des lésions cicatricielles pigmentées. Sort avec 6 mg/j de Triamcinolone.

Revue en novembre 1962 : poussée en mars et avril 1962. Depuis avril prend 5 mg de Cortancyl tous les deux ou trois jours (?). Présente encore quelques lésions érythémato-vésiculeuses des membres. Continue à prendre 5 mg de Cortancyl 2 à 3 jours par semaine.

Revue le 6.12.68 : présente depuis 6 ans des lésions cutanées eczématoïdes. Continue à prendre 5 à 10 mg de Cortancyl suivant l'apparition des lésions. Présente quelques lésions micro-vésiculeuses du tronc, avec prurit. Membres intacts. Prescription de 5 mg / jour de Cortancyl.

- Conclusion : Maladie de Duhring-Brocq ayant été hospitalisée à plusieurs reprises pour poussées récidivantes. Traitement prolongé durant 14 ans par corticoïdes n'ayant pas empêché l'apparition de très fréquentes poussées bulleuses depuis 15 ans.

I - AGE ET SEXE

A - SEXE

Nos 20 malades se répartissent de la façon suivante :

. hommes 10

. femmes 10

l'affection intéressant donc également les deux sexes (DEGOS et TOURAINE).

B - AGE DE DEBUT

Age de début	Nombre de cas	N° observation
0 à 10 ans		
10 à 20 ans	1	8
20 à 30 ans	4	2, 5, 16, 18
30 à 40 ans	1	12
40 à 50 ans		
50 à 60 ans	1	19
60 à 70 ans	8	1, 3, 10, 13, 14, 15, 17, 20
Après 70 ans	5	4, 6, 7, 9, 11

- 13 cas dont le début a lieu après 60 ans (65 % des cas de cette étude).

- Nos cas sont dans l'ensemble des maladies de Duhring-Brocq à début tardif (13 cas sur 20 après 60 ans) avec un maximum de fréquence entre 60 et 70 ans.

- Des 7 autres cas survenus avant 60 ans, on peut isoler 2 cas d'herpès gestationis (obs. 16, 18) forme particulière de la maladie survenant chez la femme enceinte.

- La maladie de Duhring-Brocq semble actuellement pouvoir être considérée comme une maladie des gens âgés.

- Malgré l'âge élevé de ces malades, nous avons pu constater un assez grand nombre de guérisons que nous attribuons volontiers à l'association d'une corticothérapie à doses faibles et parfois assez longtemps poursuivie, à un traitement plurimédicamenteux dont nous verrons plus loin les composantes.

oOo

II - ETUDE DES THERAPEUTIQUES UTILISEES

La maladie de Duhring-Brocq est une affection dermatologique à laquelle on a opposé depuis les premiers cas étudiés l'un des arsenaux thérapeutiques les plus hétéroclites. Le nombre et la diversité des méthodes proposées montrent d'ailleurs assez l'inconstance de leur action.

Si certains traitements utilisés dans le passé (divers vaccins antimicrobiens, choc pyrétogène par injection de peptone, urotropine I.V. iodures à hautes doses ou à doses infimes etc....) sont définitivement abandonnés à l'heure actuelle, l'avènement de la corticothérapie, quoique responsable d'un notable progrès, n'a pas résolu définitivement le problème, comme le souligne R. TOURAINE (Revue du Praticien - Sept. 64, T. XIV, n°22, p.1813).

Il faut reconnaître qu'aujourd'hui encore, certains médicaments utilisés, parfois avec succès, dans le traitement de la maladie, soit reconnaissent une origine purement empirique, soit, ce qui ne nous semble guère plus satisfaisant "reflètent l'opinion de leurs promoteurs concernant la nature de la maladie" (BOLGERT).

A - LA CORTICOTHERAPIE

C'est indéniablement la thérapeutique la plus largement employée depuis une quinzaine d'années, considérée comme la plus efficace par la plupart des dermatologues.

Effectivement, A.C.T.H. et corticoïdes de synthèse (hydrocortancyl, cortisone, Triamcinolone, Dectancyl et surtout Cortancyl) ont été utilisés fré-

quemment dans le service avec les précautions d'usage. Les doses employées sont des doses modérées, ne dépassant jamais 50 mg par jour de prednisone (Cortancyl) comme dose initiale et même plus généralement comprise entre 20 et 30 mg/jour per os.

On commence la dégression aux environs du 8^e ou 10^e jour du traitement, très progressivement et on essaye d'atteindre la dose inférieure empêchant l'apparition des poussées bulleuses (soit 1 à 7 mg environ) de prednisone dose que l'on maintient pendant une durée très variable, quelques semaines à plusieurs années. Les doses totales de corticoïdes délivrées variant de plusieurs centaines de milligrammes jusqu'à 1 à 3 grammes par série.

Les corticoïdes ne sont pratiquement jamais prescrits seuls et le traitement général comporte en règle une ou plusieurs autres médications associées que nous allons détailler.

Aux doses de corticoïdes utilisées dans le service, les accidents de la corticothérapie sont très rares mais il faut toujours redouter les risques possibles de surinfection des lésions (qui s'observe effectivement de façon beaucoup plus fréquente qu'autrefois) et beaucoup plus notablement chez le sujet âgé, les phénomènes d'ostéoporose.

B - L'ARSENOTHERAPIE

L'arsenic a longtemps été considéré comme l'un des traitements les plus efficaces de la maladie de Duhring-Brocq (TZANCK, PAUTRIER, PAYEN-NEVILLE) employé sous forme de sulfarsénol I. M. ou de Novarsénobenzol I. V. jusqu'à des doses totales de 3 à 4 grammes, on pouvait toutefois observer, même avec des doses faibles (0,15 à 0,30 g) les phénomènes classiques d'intolérance (érythèmes, fièvre, vomissements) et à plus long terme, pigmentations, hyperkératoses et même polynévrites.

Le cacodylate de soude (malgré l'opinion de MM. DEGOS et TOURAINE qui ne concèdent à l'arsenic qu'une valeur très minime et l'utilisent seulement sous forme de sulfarsénol) semble garder encore actuellement un intérêt indéniable.

Préconisé et utilisé par RAVAUT à très forte dose, le cacodylate de Na est utilisé dans le service en injections intra-musculaires, un peu plus souvent que par voie intra-veineuse, à des doses fortes de 0,50 à 1 g, tous les deux jours, jusqu'à une dose totale de 15 à 45 g. Les réactions d'intolérance sont exceptionnelles mais il est nécessaire de surveiller attentivement les réflexes ostéo-tendineux, le médicament étant susceptible de provoquer des poly-névrites.

C - AUTOHEMOTHERAPIE et CHLORURE DE CALCIUM

Pour DEGOS, l'autohémothérapie est également dénuée d'efficacité. TZANCK la considérerait au contraire comme "indiscutablement opérante dans la maladie de Duhring-Brocq".

Elle est encore utilisée dans le service où l'on associe souvent à des injections de chlorure de calcium, l'auto-sang est réinjecté un jour sur deux avec un total de 10 à 20 séances, à la dose de 5 à 10 cc à chaque injection intra-musculaire.

Quant au chlorure de calcium, on l'administre souvent avant l'injection d'auto-sang, par voie intra-veineuse, également tous les deux jours, sous forme de solution à 10 %, à dose progressivement croissante de 1 à 5 cc, en répétant 2 fois la même dose. L'administration est faite parfois per os.

Notons au passage que chez ces malades classiquement sensibles aux halogènes (Cf. TZANCK, Nouvelle Pratique Dermatologique 1936, tome 7) tels brôme, chlore et surtout iode, l'effet bénéfique du chlorure de calcium semble assez paradoxal....

Les séances d'autohémothérapie ont parfois encore été précédées d'une injection I.V. de 0 50 à 1 g d'hyposulfite de Na.

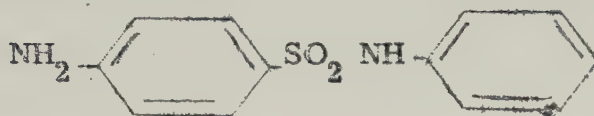
D - SULFAMIDOTHERAPIE

La sulfamidothérapie est avec la corticothérapie une thérapeutique actuellement employée en raison de son efficacité relative.

Les 2 grands produits utilisés sont le Dagénan et le Sulfirène.

a) - La sulfapyridine (Dagénan)

Le Dagénan dont nous rappellerons ici la formule chimique :



était encore en 1964 le sulfamide le plus utilisé et considéré comme le plus actif par M. DEGOS, à la dose de 1 à 3 g par jour. Notre Maître, le Docteur BOLGERT l'utilise peu en raison de phénomènes fréquents d'intolérance, notamment digestifs.

b) - La sulfaméthoxypyridazine (Sulfirène)



recueille actuellement les suffrages de M. DEGOS, M. BOLGERT le préfère également dans les poussées de la maladie, à la dose de 1 g (4 comprimés) puis de 0,50 g/j (2 comprimés) chez l'adulte, à dose moitié moindre chez l'enfant. A condition de rester à ces doses modérées, on peut poursuivre l'administration de ce médicament pendant de longues semaines. La tolérance hématologique et rénale est généralement bonne. Aucun syndrome de Lyell (épidermolyse nécrosante suraiguë) qui aurait pu survenir à la suite de prise de ce sulfamide, n'a par ailleurs été observé. L'action de ce sulfamide, quoique rarement rapide a souvent été nette.

3 - SULFONES

Les sulfones ont souvent été recommandés à l'étranger (pays anglosaxons), tout particulièrement dans les maladies de Duhring herpétiformes.

Le plus souvent, on emploie la diaphénylsulfone ou sulfone-mère (Disulone), à raison de 80 à 300 mg/jour, jusqu'à une dose totale de 3 à 18 grammes. Parfois le traitement est prolongé indéfiniment à la dose de 10 à 75 mg/jour.

Une surveillance hématologique s'impose en raison de la relative fréquence d'apparition d'une anémie moyenne qui paraît survenir plus fréquemment chez les malades atteints de maladie de Duhring-Brocq que chez les hanséniens traités par la Disulone. Autrement, la tolérance est bonne mais les résultats négatifs paraissent plus nombreux que les succès thérapeutiques.

F - ANTIBIOTIQUES FONGIQUES

Ils ont été utilisés isolés ou associés surtout dans les formes surinfectées de la maladie. Ils paraissent dépourvus d'effet sur la maladie elle-même. L'association Auréomycine - Quinacrine dans la maladie de Duhring-Brocq paraît beaucoup moins active que dans le traitement des pemphigus et M. BOLGERT ne l'utilise pas dans la maladie de Duhring.

Pour DEGOS, l'antibiothérapie sous forme d'une cure de 1 g à 1,50 g par jour de Tétracycline a une certaine efficacité lorsqu'elle suit un traitement de 3 semaines à 1 mois par les sulfamides (Dagénan). Dans le service de M. le Dr. BOLGERT, l'Auréomycine, prescrite per os à la dose de 0,50 à 1,50 g/jour a donné les résultats médiocres.

G - AUTRES THERAPEUTIQUES

ARRIGHI (1957) a proposé un traitement complexe avec association de 1 à 2 g d'hexacycline ou d'Auréomycine, avec de la vitamine B1, de la Nivaquine (0,30 g), de la liqueur de Fowler (IX gouttes) et de la vitamine B 12.

Dans le service de Monsieur le Docteur BOLGERT, un certain nombre de malades hospitalisés ont été notablement améliorés semble-t-il par l'ad-

ministration I. M. puis buccale de vitamine B 6 (pyridoxine) sous forme de Bécilan à des doses quotidiennes comprises entre 250 et 500 mg, poursuivies pendant plusieurs mois.

Quelques autres médicaments ont été prescrits plus occasionnellement, que nous mentionnerons ici dans un tableau récapitulatif.

oOo

MEDICATIONS UTILISEES SEULES OU EN ASSOCIATIONS	NOMBRE DE MALADES SOUMIS A CETTE THERAPEUTIQUE (SUR 20)
ARSENIC - sous forme de cacodylate - " " " sulfarsénol	9)) 10 1)
AUREOMYCINE	4
AUTOHEMOTHERAPIE	14
BECILAN (vitamine B 6)	6
CHLORURE DE CALCIUM (Chlorocalcion)	5
CORTICOTHERAPIE GENERALE - A. C. T. H. - Cortancyl, Hydrocortancyl, Triamcinolone, etc...	2)) 15 13))
DISULONE	1
HYPOSULFITE DE MG HYPOSULFITE DE NA	2)) 5 3)
SULFAMIDOTHERAPIE → Dagénan - Sultirène	1) 10) 9)
ANTI PALUDEENS DE SYNTHESE (Nivaquine, Quinacrine, etc...)	3
ASSOCIATION (Gentisate de Na ⁺ , Phénergan)	3
GENTISATE DE NA	3
ADENYL (Monophosadénine)	1
VITAMINE B 1 (Bénerva, Bévitine)	3
METHIONINE - LOBAMINE	1
COLCHICOSIDE	1
TETRACYCLINE	3

TABLEAU DES MEDICATIONS UTILISEES

III - ASSOCIATIONS THERAPEUTIQUES

Devant l'évolution capricieuse de la maladie, on ne peut, la plupart du temps se contenter de l'administration d'une médication unique. Aussi a-t-on proposé des associations thérapeutiques aussi diverses que nombreuses, dont nous avons déjà cités quelques unes au passage :

- Cacodylate de Na + autohémothérapie,
- Dagénan suivi d'une cure d'Auréomycine
- Sultirène + Cacodylate de Na,
- Gentisate de Na + Phénergan
- Sultirène + Bécilan.

Selon les malades et selon les moments de la maladie, chez le même malade, on utilise les médications par séries de 2 ou 3 produits associés, poursuivis plusieurs semaines, au cours de cures successives.

Parfois c'est l'association corticoïdes-cacodylate de Na qui amène une amélioration, parfois encore c'est un traitement corticoïde seul relayé par divers médicaments associés qui stabilise la maladie.

Cinq des 20 malades dont nous rapportons ici les observations (soit 25 %) n'ont jamais reçu de corticoïdes au cours de l'évolution de leur maladie et force nous est de reconnaître que ce ne sont pas ceux qui ont demandé le plus longtemps à être stabilisés, restant généralement par la suite guéris de façon durable (obs 13, 15, 16, 17, 19).

Les 15 autres malades ont reçu à une période ou à une autre de leur maladie des doses modérées de corticoïdes. Jamais pratiquement ces produits

n'ont été prescrits comme seul traitement mais associés avec d'autres médicaments classiques de la maladie de Duhring-Brocq, parfois précédant la corticothérapie, parfois la suivant.

Ces méthodes thérapeutiques dont nous allons maintenant exposer les résultats semblent avoir permis, dans le service de notre Maître le Docteur BOLGERT d'obtenir un nombre notable de guérison durables avec des doses de corticoïdes très modérées, rapidement dégressives et prescrites de façon aussi peu prolongée que possible.

IV - RESULTATS

La multiplicité des traitements entrepris devant un cas de maladie de Duhring-Brocq rend l'interprétation des résultats thérapeutiques toujours malaisée, d'autant que divers médicaments, on l'a vu, sont susceptibles d'apporter des améliorations rapides alors qu'ils seront responsables d'un échec thérapeutique total si on les reprend au moment des rechutes.

Aussi, s'il est pratiquement impossible de pouvoir affirmer la guérison définitive de la maladie de Duhring-Brocq, on peut quand même envisager :

- des cas de guérisons durables,
- des cas de stabilisation confinant à la guérison,
- et des échecs francs.

Nous discuterons à part nos 2 cas d'herpès gestationis.

A - GUERISONS DURABLES

Nous définirons la guérison durable comme la disparition totale de poussées de la maladie, avec absence prolongée de bulles ou de lésions vésiculobulleuses douloureuses et intégrité des téguments sans prurit post-lésionnel, permettant l'arrêt ultérieur de tout traitement.

- 11 des 20 malades dont nous avons rapporté les observations nous semblent pouvoir répondre à cette définition. Il faut cependant écarter les 2 cas d'herpès gestationis sur lesquels nous reviendrons et le cas d'un autre malade (Obs. 124) que nous avons perdu de vue alors qu'il semblait guéri durablement

depuis environ 1 an 1/2. Ce malade a cependant retenu notre attention en raison de la survenue de sa maladie lors d'une hospitalisation pour lithiase rénale. Une urographie intra-veineuse fut alors pratiquée et il était tentant de rattacher la survenue de la maladie de Duhring-Blocq à une hypersensibilité à l'iode présente en quantité importante dans le produit de contraste.

Les 8 autres cas de guérisons durables s'échelonnent entre 3 et 11 ans d'intégrité totale des téguments chez ces malades (obs. 2, 3, 8, 10, 13, 14, 15, 19).

Nous avons rapporté plus haut les traitements détaillés suivis par ces malades et ne nous préoccupons donc ici que des résultats à longue échéance.

- Obs. 2 - Nous mentionnerons là un fait assez particulier qui est la guérison de la maladie de Duhring coïncidant avec le déclenchement d'une tuberculose rénale. Celle-ci survient en 1962, compliquée par une maladie d'Addison pour laquelle le malade reçoit depuis lors 20 mg/jour d'hydrocortisone. La guérison de la maladie de Duhring-Brocq est ainsi totale et dure depuis 6 ans. S'il est tentant de rattacher cette guérison à une corticothérapie prolongée, nous préférons toutefois rapprocher ce cas clinique d'un autre malade (non compris dans cette statistique) de M. BOLGERT chez qui la guérison de la maladie de Duhring a coïncidé avec le développement d'une tuberculose pulmonaire (celle-ci, peut être déclenchée par une longue corticothérapie antérieure).

- Obs. 3 - Le recul est ici de 11 ans de guérison durable chez un homme ayant actuellement 79 ans. Seul persiste un psoriasis fruste des coudes, antérieur au début de la maladie.

Guérison obtenue par Chlorure de calcium + autohémothérapie en plusieurs cures puis A.C.T.H.

- Obs 8 - Cette enfant avait 12 ans en 1958. Elle est restée guérie depuis 10 ans sans avoir eu besoin de traitement depuis lors.

Assez rapidement guérie par association Dagéнан-Cortancyl.

- Obs. 10 - La stabilisation durable de la maladie a demandé plus de 2 ans de médications associées en séries. Mais la guérison dure depuis 6 ans et semble totale.

Guérie avec Sultirène + Cortancyl, Bécilan + Cortancyl, autohémo-
thérapie + Cortancyl, Triamcinolone + Sultirène en cures successives.

- Obs. 13 - Malade restée totalement guérie pendant 3 ans jusqu'à son décès
par affection intercurrente (cirrhose alcoolique).

Guérison par Bécilan + Sultirène.

- Obs. 14 - Guérison depuis bientôt 8 ans avec Sultirène + autohémothérapie
Sultirène + Triamcinolone puis cure de Chlorure de calcium.

- Obs. 15 - Cette malade récemment décédée n'avait plus eu aucune bulle depuis
8 ans. Elle s'était pourtant plainte pendant les 2 premières années de sa guéri-
son d'un prurit résiduel du tronc et des membres supérieurs.

Guérison avec successivement Cacodylate + autohémothérapie + Té-
tracycline puis Cacodylate + Bécilan et Bécilan seul.

- Obs. 19 - Cette malade a été assez longue à stabiliser avec diverses séries mé-
dicamenteuses. Sa guérison est toutefois effective et dure depuis maintenant
4 ans 1/2.

Guérie par Disulone puis Sultirène + Cacodylate en cures nombreuses.

Parmi ces 8 malades, 3 n'ont jamais reçu de corticothérapie pendant
l'évolution de leur maladie (obs. 13, 15, 19) restés guéris respectivement 3 ans
(décès), 8 ans (décès) et 4 ans 1/2.

Nous serions tentés d'inclure à ce chapitre le cas de notre malade
dont la guérison semble coïncider avec le déclenchement de sa tuberculose rénale.
Une corticothérapie n'a été nécessaire qu'ultérieurement, pour équilibrer une
maladie d'Addison venue compliquer la tuberculose.

B - STABILISATION CONFINANT A LA GUERISON

Il s'agit ici des malades ne présentant plus ni poussées bulleuses, ni
de bulle de survenue isolée mais conservant le plus souvent un prurit chronique
résiduel, avec parfois sensations objectives de brûlures cutanées ou bien encore
porteurs de quelques lésions chroniques eczématiformes.

Il est certainement difficile dans ces cas de parler de guérison complète d'autant que quelques auteurs ont actuellement tendance à considérer ces formes comme des formes chroniques de la maladie de Duhring, dégradée et modifiée par les diverses thérapeutiques successivement appliquées.

C'est le cas de DUPERRAT qui déclare : "L'introduction de la corticothérapie a beaucoup modifié l'aspect évolutif de l'affection qui se manifeste par des poussées micro-bulleuses qui ressemblent un peu à l'eczéma. Parfois même il n'y a plus ni bulle ni vésicule, mais uniquement un prurit féroce avec insomnie persiste malgré la corticothérapie prolongée".

Quoiqu'il en soit, les malades que nous faisons entrer dans cette catégorie conservent des téguments à peu près intacts et ne prennent plus de médicaments : c'est dire qu'ils se considèrent eux mêmes comme pratiquement guéris.

- Obs. 1 - Cette malade finalement stabilisée depuis 9 ans après diverses séries médicamenteuses successives reste porteuse d'un eczéma variqueux et de prurit résiduel. Mais il faut souligner qu'elle a actuellement 84 ans et que, outre la nature post Duhring-Erocq ou l'origine variqueuse de son prurit, on peut discuter le rôle de l'âge et faire de ces démangeaisons un banal prurit sénile.

- Obs. 4 - Ce malade a aujourd'hui 90 ans et reste porteur d'un eczéma folliculaire qu'il a depuis 9 ans, accompagné de prurit localisé. Seules, en faveur de la persistance d'une forme chronique de la maladie de Duhring, sont à noter quelques lésions discrètement bulleuses survenant de temps à autre sur ce fond de prurit peu intense.

- Obs. 7 - Cet homme est décédé à l'âge de 85 ans. Lors de son décès, il était stabilisé depuis 3 ans, ne prenant plus aucun médicament et ne gardant qu'un simple prurit calmé par soins locaux, précédé d'un discret eczéma des jambes qui avait guéri à l'époque du décès.

- Obs. 9 - Ce malade est décédé en 1965 à l'âge de 89 ans. Stabilisé pendant 5 ans, il ne gardait après arrêt de tout traitement que quelques minuscules vésicules des jambes de type eczématisé.

- Obs. 17 - Après avoir signalé pendant quelques mois l'apparition de bulle isolée, ce malade est resté stabilisé depuis plus de 6 ans, ne présentant plus qu'un prurit localisé, que calme le crayon au menthol.....

C - ECHECS

Pas de guérison ni de stabilisation vraie chez ces malades qui continuent à présenter des poussées de la maladie plus ou moins importantes ou qui sont décédés des suites directes de leur maladie de Duhring.

- Obs. 5 - Ce malade qui avait 23 ans au début de sa maladie continue à présenter depuis 11 ans de petites poussées bulleuses mais garde une peau intacte entre ces dernières. Il s'agit d'ailleurs d'un cas frontière, ne constituant pas un échec franc car le malade ne prend plus aucun médicament depuis 8 ans, étant donné la rareté des poussées bulleuses (survenue l'hiver seulement).

- Obs. 6 - La prescription très prolongée de corticoïdes (4 ans) n'a pas empêché chez cette malade la survenue de poussées bulleuses pendant 8 ans jusqu'à son décès à l'âge de 83 ans par fracture du col fémoral. Faut-il voir une cause du décès en l'aggravation de l'ostéoporose du vieillard par les corticoïdes ?

- Obs. 11 - Cette malade de 82 ans est décédée de sa maladie de Duhring-Brocq pendant son hospitalisation, avec une amélioration pré-agonique de la dermatose, comme cela survient parfois.

- Obs. 20 - Cette malade hospitalisée pour la première fois en 1954 est traitée depuis 14 ans sans qu'on ait pu obtenir une stabilisation durable malgré une corticothérapie instituée pratiquement depuis le début de l'affection qui se manifeste par des placards érythémateux vésiculeux et prurigineux à répétition.

D - MALADES DECEDES APRES AFFECTION INTERCURRENTE

Cinq de nos malades sont décédés par affection intercurrente, dont 4 sont restés guéris jusqu'à leur décès, respectivement pendant 3 ans, 5 ans, 3 ans et 8 ans (Obs. 7, 9, 13, 15).

Une malade a continué à faire des poussées (obs. 6) jusqu'à son décès des suites d'une fracture du col du fémur.

E - HERPES GESTATIONIS

Les résultats thérapeutiques dans les 2 cas d'herpès gestationis restent à étudier. Cela est d'autant plus malaisé quand on sait la guérison classique de la dermatose à la fin du terme.

Dans le premier cas (obs. 16) nous avons noté une poussée dans les jours qui suivaient l'accouchement, alors qu'au terme de la grossesse, la malade semblait guérie de sa dermatose grâce à Bécilan + Hyposulfite de Na. De nouveau enceinte un an après, des phénomènes strictement superposables se sont produits avec finalement guérison totale. La malade n'a malheureusement été suivie que pendant 6 mois après ce dernier accouchement et a été ensuite perdue de vue.

Nous avons par contre un plus long recul pour le 2^e cas d'herpès gestationis (obs. 18).

La stabilisation fut ici plus longue à obtenir, nécessitant des doses relativement importantes de corticoïdes. L'accouchement passé, la malade a cependant continué à faire des poussées bulleuses, plus volontiers cataméniales. La 2^e grossesse fut interrompue par un avortement volontaire et nous pouvons supposer que son interruption a empêché de nouvelles poussées de la dermatose qui reste maintenant guérie depuis 6 ans.

CONCLUSIONS

Après avoir fait l'analyse de 20 observations cliniques de maladie de Duhring-Brocq et des résultats thérapeutiques s'y rapportant nous pouvons dégager quelques conclusions.

I - Nous n'avons pas vérifié l'opinion classique selon laquelle le pronostic d'une maladie de Duhring-Brocq survenant chez le vieillard était plus particulièrement sombre que lors de survenue chez l'adulte d'âge moyen.

Certes, comme le faisaient remarquer DEGOS et TOURAINE, dans leur statistique de 1961, la corticothérapie serait susceptible d'améliorer le pronostic immédiat dans les formes graves d'emblée.

Nous ne notons cependant pas plus d'évolution défavorable chez les malades n'ayant jamais eue de corticothérapie.

Sur 13 malades qui ont vu leur maladie débiter après 60 ans (obs. 1, 3, 4, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 20), nous trouvons :

- 5 guérisons durables,
- 5 stabilisations confinant à la guérison,
- et 3 échecs thérapeutiques.

Une seule malade est décédée des suites directes de sa maladie de Duhring (n° 11), 5 autres sont décédés d'une affection intercurrente (une fracture du col fémoral, une cirrhose alcoolique et 3 décès de cause inconnue - obs. 6, 7, 9, 13, 15).

Notons toutefois que sur 26 malades ayant vu débiter leur maladie après 60 ans (et dont certains figurent encore dans cette étude) CHASTANET, dénombrait en 1962 dans sa thèse 12 décès, soit environ 45 %.

oOo

II - Nous attachons beaucoup d'importance au long recul dont nous avons généralement disposé pour apprécier les résultats thérapeutiques chez ces malades.

Ceci a permis pour quelques cas, de constater des guérisons durant depuis plusieurs années, alors que, ne tenant compte que des premiers essais thérapeutiques, on aurait pu croire voir les malades demeurer à un stade de chronicité désespérante de la maladie.

C'est le cas des observations n° 10, 15 et 19. Les nombreuses poussées qu'ont présentées ces malades furent longues à réduire, suivies de prurit post-lésionnel et de lésions cicatricielles pendant plusieurs années.

Ces malades ont continué à être suivis et nous avons pu finalement constater dans les années suivantes une guérison complète sans aucun signe objectif ni subjectif de l'affection.

oOo

III - A l'origine de ces guérisons, nous croyons également avoir dégagé l'action d'ensemble favorable dans la maladie de Duhring, des associations thérapeutiques prescrites en séries successives.

L'intérêt de ces cures médicamenteuses en séries successives nous paraît double :

A - Elles permettent parfois de ne pas avoir recours à la corticothérapie :

Selon l'usage, celle-ci a permis des résultats brillants dans l'immédiat, susceptible d'amener un assèchement rapide des bulles. Mais les poussées ultérieures de la maladie nous ont paru, chez les malades mis tôt aux corticoïdes, plus fréquentes que chez les malades n'ayant pas reçu de traitement corticoïde.

Déjà en 1961 : DEGOS et TOURAINE rapportant devant la Société de Dermatologie l'évolution de 50 cas de maladie de Duhring-Brocq traités, relevaient des rechutes bulleuses très importantes dès la diminution des doses de Cortancyl audessous de 30 mg par jour.

B - Si les récives bulleuses se reproduisent c'est, nous opposera-t-on, que la corticothérapie n'a été prescrite ni à dose suffisante, ni de façon suffisamment prolongée .

Nous répondrons en disant que là nous semble résider l'intérêt des séries médicamenteuses successivement administrées dans la maladie de Duhring-Brocq avant , après , ou en association avec une corticothérapie qui, dans ce cas, est prescrite à dose réduite et de façon moins prolongée.

Par voie de fait, les accidents classiques dus à la corticothérapie sont réduits au maximum. Nous n'avons jamais noté de troubles psychiques majeurs, de rétention hydrique, de troubles métaboliques ni d'accidents digestifs ou de troubles endocriniens.

Seule la surinfection des lésions a pu nécessiter une antibiothérapie d'accompagnement mais elle n'est pas rare en l'absence de traitement corticoïde.

C'est l'ostéoporose qui doit être la plus redoutée chez les vieillards, surtout les femmes, depuis longtemps ménopausées. On a vu qu'une de nos 20 malades était décédée des suites d'une fracture du col fémoral et on peut se demander si la cause n'en était pas une ostéoporose, induite par une corticothérapie trop longtemps prolongée (1 an).

L'atténuation des poussées de la maladie a peut être été un peu plus longue à obtenir, mais une fois stabilisés, un nombre important des malades soumis à ces méthodes thérapeutiques sont restés guéris de façon très durable pour ne pas dire définitive.

Les associations les plus valables nous paraissent être :

- Cacodylate de Na^+ , Sultirène,

- Cortancyl+ Sultirène
- Sultirène+ Bécilan,
- Chlorure de Calcium+ Autohémothérapie,
- Cacodylate de Na+ Autohémothérapie.

Enfin, avant de terminer, nous voudrions rappeler les résultats rapportés par DEGOS et TOURAINE en 1961 dans une communication à la Société de Dermatologie :

- sur 50 cas suivis de maladie de Dühring-Brocq et diversement traités, 20 cas (soit 12 %) de guérison prolongée se répartissent ainsi :

- . 7 cas sur 22 par Dagénan seul,
- . 2 cas sur 8 par Sultirène,
- . 1 cas sur 8 par l'Auréomycine,
- . 4 cas sur 18 par l'association Dagénan-Auréomycine.
- . 1 cas sur 5 par les sulfones,
- . 6 cas sur 30 par la corticothérapie qui avait été entreprise

ici toujours après échec des thérapeutiques précédentes, soit une fois, soit pour des récidives après arrêt de ces traitements.

Sur 20 cas suivis pendant des durées variant de 1 ans 1/2 à 14 ans dans le service de notre Maître le Docteur BOLGERT, nous avons observé :

- guérisons complètes durables : 11
(dont 2 herpès gestationis)
- stabilisations confinant à la guérison : 5
- échecs thérapeutiques totaux, 4

soit une évolution favorable dans 80 % des cas.

Si jusqu'à ce jour aucun traitement n'a permis d'affirmer la guérison définitive de la maladie de Dühring-Brocq, nous voyons dans les méthodes que nous avons exposées ici, associant différentes médications dont la corticothérapie à doses faibles, plus qu'une heureuse coïncidence quant aux résultats satisfaisants obtenus.

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

B. DUPERRAT

G. BROUET

vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- ARRIGHI F.

Deux cas de maladie de Duhring-Brocq (A propos du traitement)
Bull. Soc. Franc. Derm. 1957, 64, n°3, 335-336

- BADARAU L.

Herpès gestationis or Duhring-Brocq bullous dermatitis treated
and cured during pregnancy
Rev. Franc. Gyn. Obstetr. 1967, 62, 653-657

- BOLGERT M.,

La maladie de Duhring-Brocq in
L'oeuvre Médicale n° 9, dec. 1963

- BOLGERT M., CHASTANET B.

A propos d'une statistique de 40 cas de maladie de Duhring-Brocq
Ann. Derm. 1963, 90 3, 259-282

- CHARPY J., CALAS E., MANCY R.

Maladie de Duhring-Brocq à poussées rebelles actuellement guérie
par la Nivaquine (avec un recul de 4 mois).
Bull. Soc. Franc. Derm. 1957, n°1, 94

- COLOMB D., FAYOLLE J.

Réflexion sur un cas blanchi par l'association Auréomycine-Niva-
quine et maintenue par la Nivaquine seule.
Bull. Soc. Franc. Derm. 1955, n°3, 344-345

- COSTELLO D. et coll.

Recent advances in the diagnosis and treatment of the
bullous dermatoses
New York Journ. Med. 1963, 32 13-32 18

- DARIER , CIVATTE, TZANCK

Maladie de Duhring-Brocq in
Précis de Dermatologie 1947, 5e édit. 247-254

- DEGOS R.

Maladie de Duhring-Brocq in Précis de Dermatologie
1958, 413 - 423

- DEGOS R., TOURAINE R.

Résultats du traitement de 50 cas de maladie de Duhring-Brocq
Bull. Soc. Franc. Derm. 1961, 68, 5, 872-878

- DEGOS R. et WEILLE R.

Action rapide de l'Auréomycine sur un cas grave de dermatite
de Duhring-Brocq. Réflexion sur l'action de l'Auréomycine dans
les dermatoses bulleuses.
Bull. Soc. Franc. Derm. 1950, 57, 104-105

- DUPERRAT B.

Maladie de Duhring-Brocq
Manuel de Dermatologie.

- EREAUX L. P.

Notes cliniques et thérapeutiques sur la dermatite herpétiforme
de Duhring-Brocq.
Min. Dermat. Mars 1959, 34, 204 - 206

- de GRACIANSKY P. et HARDOUIN J. P.

Traitement par l'Auréomycine de la maladie de Duhring-Brocq
Bull. Soc. Franc. Derm. 1949, 36, 490-491

- MARGAROT et RIMBAUD P.

Le traitement des dermatoses bulleuses par les sulfamides
et la pénicilline.
Gaz. Méd. de France 1947, T. 54, n° 19, 623-624

- NONCLERCQ E.

Guérison d'une maladie de Duhring-Brocq chez une femme âgée
par la sulfapyridine et l'acétosulfone
Bull. Soc. Franc. Derm. 1957, n° 1, 86-87

- PERRY H.O., WINCKELMANN R.K.

Dermatitis herpetiformis treated by sulfamethoxypyridazin
Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic Avr. 1958, 33, n°7, 164-165

- PETERKIN G.A.G.

Dermatitis herpetiformis : a follow and survey of treatment
Brit. Journ. of Derm. 1951, vol.63, n°1, 1-8

- RIMBAUD P.

Les traitements des dermatoses bulleuses du groupe pemphigus
(maladie de Duhring-Brocq).
Gaz. Hop. Mars 1957, 129, n°9, 363

- RIVOIRE J. et CUFFIA C.

A propos du traitement de la maladie de Duhring-Brocq
Bull. Soc. Franc. Derm. 1963, 70, n°1, 107-108

- SEIGNEURIE E.

Les aspects cliniques évolutifs et thérapeutiques actuels de la
maladie de Duhring-Brocq.
Thèse Paris 1967

- STEWART W.

Maladie de Duhring-Brocq
Rev. Pratic. 1964, T.14, n°22, 2751-2763

- TOURAINE R.

Le traitement des grandes dermatoses bulleuses
Rev. Pratic. 1964, T.14, n°22, 2813-2819

- TZANCK et CORD

Maladie de Duhring-Brocq
Nouv. Prat. Dermat. 1936, T.7, 389-417

- WATRIN J., JEANDIDIER P.

Les dermatoses bulleuses
Rev. Pratic. 1955, T.5, 4435-4444

- WORINGER F., WILHELM E.

Traitement de la maladie de Duhring-Brocq par la diamino-
diphényl-sulfone.
Bull. Soc. Franc. Derm. 1958, n°2, 203-204

